Démocratie et Soin :

histoire et philosophie des formes de participation
dans les systèmes de santé,
de la préhistoire à l'époque contemporaine

PRÉHISTOIRE — ANTIQUITÉ — MOYEN ÂGE — ÉPOQUE CONTEMPORAINE

Démocratie et soin :

histoire et philosophie des formes de participation dans les systèmes de santé, de la préhistoire à l'époque contemporaine

Présentation de l’essai

Vers une généalogie critique de la démocratie du soin : histoire, pouvoir et participation dans les régimes de santé

Cet essai propose une vaste enquête historique, philosophique et politique sur les relations entre soin, pouvoir et démocratie, depuis les sociétés préhistoriques jusqu'à l'ère contemporaine marquée par l'intelligence artificielle et la gouvernance algorithmique. Son hypothèse centrale est que la démocratie ne peut être réduite aux seules institutions politiques ; elle doit également être envisagée comme une distribution des capacités de décision, de reconnaissance et de participation dans les pratiques de soin.

L'étude s'inscrit à la croisée de plusieurs disciplines — histoire de la médecine, philosophie politique, anthropologie du care, bioéthique et sociologie de la santé — afin de reconstruire une histoire longue des formes d'autorité et de participation dans les systèmes médicaux.

L'analyse débute par les sociétés préhistoriques, où les traces archéologiques témoignent de pratiques collectives de prise en charge de la vulnérabilité. Sans constituer une démocratie au sens institutionnel, ces formes originaires de solidarité révèlent l'existence d'une « matrice anthropologique du care », fondée sur l'interdépendance et la réciprocité.

L'Antiquité grecque et romaine marque ensuite l'émergence de la médecine comme savoir spécialisé. Avec la médecine hippocratique apparaît une asymétrie épistémique durable entre médecin et patient, tandis que les démocraties antiques restent profondément inégalitaires dans l'accès au soin. Cette dissociation entre démocratie politique et justice sanitaire constitue l'une des structures fondamentales mises en évidence par la recherche.

Le Moyen Âge reconfigure le soin autour de la charité chrétienne et de l'économie du salut. Les hôpitaux monastiques institutionnalisent l'assistance aux plus vulnérables, mais selon une logique verticale et non participative où le soin demeure fondé sur une asymétrie morale et spirituelle.

La période moderne, de la Renaissance au XIXe siècle, voit naître la médecine scientifique et l'hôpital clinique. À travers l'objectivation du corps, le développement de l'anatomie, la classification des maladies et l'émergence du regard clinique, la médecine acquiert une puissance cognitive inédite. Cependant, cette rationalisation s'accompagne d'une intensification du pouvoir médical et d'un renforcement des asymétries entre expertise et expérience vécue.

Le XXe siècle introduit une rupture majeure avec la construction des États sociaux, l'universalisation progressive de l'accès aux soins et l'affirmation des droits des patients. La bioéthique, le consentement éclairé et les dispositifs participatifs donnent naissance à ce que l'on nomme aujourd'hui la démocratie sanitaire. Néanmoins, cette démocratisation demeure partielle, car les asymétries de savoir et les inégalités sociales persistent.

Enfin, l'époque contemporaine est analysée à travers la numérisation du soin, l'exploitation massive des données de santé et le développement de l'intelligence artificielle médicale. L'essai montre que ces innovations ouvrent de nouvelles possibilités de participation mais engendrent simultanément une « biopolitique algorithmique » caractérisée par l'opacité des systèmes décisionnels, la concentration des infrastructures numériques et l'apparition de nouvelles formes de pouvoir.

La conclusion générale défend l'idée qu'il n'existe pas de trajectoire linéaire conduisant naturellement à une démocratisation croissante du soin. L'histoire révèle au contraire une succession de configurations dans lesquelles chaque progrès médical ou institutionnel s'accompagne de nouvelles formes d'asymétrie. La démocratie du soin apparaît ainsi comme un horizon critique

toujours inachevé, traversé par la tension permanente entre expertise, vulnérabilité, participation et gouvernement des vies.

Appréciation générale

Cet essai se distingue par :

- son **ampleur historique**, couvrant l'ensemble de l'histoire occidentale du soin ;
- son **ancrage théorique solide** (Foucault, Canguilhem, Habermas, Tronto, Gilligan, Illich, etc.) ;
- son **approche interdisciplinaire** articulant histoire, philosophie, anthropologie et sciences sociales ;
- sa **problématique originale**, qui consiste à penser la démocratie non seulement comme régime politique mais comme mode de distribution du pouvoir dans les pratiques de soin.

L'ensemble constitue une contribution ambitieuse à la réflexion contemporaine sur la démocratie sanitaire, les transformations du pouvoir médical et les défis éthiques posés par la médecine numérique et l'intelligence artificielle.

Préambule

Toute société se révèle dans la manière dont elle prend soin de ses membres les plus vulnérables. Bien avant l'apparition des institutions politiques, des systèmes juridiques ou des savoirs médicaux spécialisés, les êtres humains ont dû répondre à une question fondamentale : que faire de la dépendance, de la maladie, de la souffrance et de la fragilité qui accompagnent toute existence ? Cette interrogation traverse l'histoire humaine dans toute sa profondeur et constitue l'un des fils conducteurs les plus constants de l'expérience sociale.

Pourtant, si l'histoire de la médecine a largement été racontée comme celle du progrès des connaissances, des techniques thérapeutiques et des institutions sanitaires, elle a plus rarement été envisagée comme une histoire des rapports de pouvoir qui structurent le soin. Qui décide pour le malade ? Qui détient le savoir légitime sur le corps ? Qui peut participer aux choix qui concernent sa santé ? Quels individus ou quels groupes sont reconnus comme dignes d'être soignés, écoutés ou protégés ? Derrière chacune de ces questions apparaît une problématique plus vaste : celle de la démocratie.

L'association entre démocratie et santé peut sembler évidente dans les sociétés contemporaines où les droits des patients, la participation citoyenne et la démocratie sanitaire occupent une place croissante dans le débat public. Pourtant, cette évidence est récente. Durant la majeure partie de l'histoire humaine, le soin s'est organisé selon des formes de dépendance, d'autorité et de hiérarchie qui ne relevaient pas de principes démocratiques. Les sociétés préhistoriques reposaient sur l'interdépendance communautaire ; les mondes antiques consacraient l'autorité du savoir médical tout en excluant une grande partie de la population de la citoyenneté ; le Moyen Âge inscrivait le soin dans une économie religieuse du salut ; la modernité médicale renforçait l'expertise scientifique et l'institution hospitalière ; enfin, les États sociaux du XXe siècle ouvraient progressivement la voie à une démocratisation de l'accès aux soins sans pour autant abolir les asymétries de savoir et de pouvoir.

Cet essai propose ainsi une généalogie de la démocratie dans le champ du soin. Il ne s'agit ni de rechercher les origines lointaines de la démocratie sanitaire contemporaine, ni de reconstruire une histoire linéaire conduisant naturellement à davantage de participation. Une telle lecture serait à la fois anachronique et téléologique. L'ambition est plutôt d'examiner comment, à différentes époques, les sociétés ont distribué le pouvoir de soigner, de décider, de connaître et d'organiser la vulnérabilité humaine.

À travers une approche croisant histoire de la médecine, anthropologie, philosophie politique et éthique du care, cette réflexion met en lumière une tension constante entre deux dynamiques opposées : d'une part, la tendance à la concentration du savoir et de l'autorité dans des institutions, des experts ou des appareils de pouvoir ; d'autre part, les aspirations récurrentes à la reconnaissance de l'expérience vécue, à la participation des individus concernés et à une plus grande égalité dans les relations de soin.

L'enjeu dépasse largement le seul domaine médical. Car la manière dont une société traite la maladie, la dépendance et la vulnérabilité révèle sa conception de l'humain, de la justice et du vivre-ensemble. Étudier la démocratie dans le soin revient ainsi à interroger l'une des dimensions les plus profondes du politique : la manière dont les communautés humaines organisent la coexistence des êtres fragiles qu'elles sont inévitablement.

De la préhistoire aux défis contemporains de l'intelligence artificielle et de la gouvernance algorithmique de la santé, cette enquête montre que la démocratie sanitaire n'est ni un acquis ni un horizon définitivement atteint. Elle constitue un processus toujours inachevé, traversé de conflits, de résistances et de réinventions. En ce sens, l'histoire du soin apparaît comme l'un des laboratoires privilégiés où se jouent, hier comme aujourd'hui, les possibilités et les limites de la démocratie elle-même.

INTRODUCTION GÉNÉRALE ET REVUE DE LITTÉRATURE

1. Problématique générale : penser la démocratie au-delà du politique

La démocratie est généralement définie comme un régime politique fondé sur la participation des citoyens à la décision collective. Toutefois, lorsqu'on l'applique au champ du soin, de la médecine et des institutions hospitalières, cette définition devient immédiatement insuffisante. Le soin engage en effet des relations asymétriques entre savoir et vulnérabilité, entre expertise et dépendance, entre institutions et corps souffrants. Il constitue ainsi un espace où le politique, l'épistémique et le vital s'entrecroisent de manière irréductible.

Cette thèse part d'une hypothèse forte : **la démocratie ne se limite pas aux institutions politiques, mais peut être comprise comme une distribution des pouvoirs de décision dans les régimes de vie, notamment dans le champ du soin**. Dès lors, l'histoire de la médecine et des systèmes de santé peut être relue comme une histoire des formes de participation, d'exclusion et de reconnaissance des patients.

Cependant, cette extension du concept de démocratie pose un double risque : celui de l'anachronisme (projeter des catégories modernes sur des sociétés anciennes) et celui de l'idéologisation (supposer une trajectoire continue vers plus de participation). Il est donc nécessaire de construire une approche historique et philosophique qui articule critique conceptuelle et prudence méthodologique.

---

2. État de la question : trois traditions de recherche

La littérature existante peut être regroupée en trois grands ensembles relativement autonomes, mais rarement articulés entre eux.

2.1. Histoire sociale et politique de la médecine

Un premier champ de recherche s'inscrit dans l'histoire sociale de la médecine et des institutions sanitaires. Des travaux comme ceux de **Michel Foucault** (*Naissance de la clinique*, *Histoire de la folie à l'âge classique*) ont profondément renouvelé la compréhension des rapports entre savoir médical et pouvoir. Foucault montre que la médecine moderne ne se contente pas de soigner : elle produit des formes de normalisation des corps et des populations.

Dans le prolongement, des historiens comme **Roy Porter** ou **Erwin Ackerknecht** ont analysé la transformation des institutions médicales et hospitalières dans la modernité européenne, en insistant sur les dynamiques sociales et institutionnelles.

Cependant, cette tradition tend à privilégier une lecture verticale du pouvoir médical, sans toujours intégrer la question de la participation des patients ou des formes de délibération dans le soin.

2.2. Philosophie du soin et éthique médicale

Un second champ relève de la philosophie morale et de l'éthique biomédicale. Les travaux sur le **consentement éclairé**, la **bioéthique** et l'**autonomie du patient** occupent une place centrale, notamment chez **Beauchamp et Childress** (*Principles of Biomedical Ethics*).

Des philosophes comme **Georges Canguilhem** ont également profondément transformé la compréhension du normal et du pathologique, en montrant que la norme biologique est toujours relative à une vie individuelle et non à une standardisation abstraite.

Plus récemment, les éthiques du **care**, notamment chez **Carol Gilligan**, **Joan Tronto** ou encore **Nel Noddings**, ont déplacé le centre de gravité de la morale vers les relations de dépendance et de vulnérabilité. Ces travaux ouvrent explicitement la possibilité d'une lecture politique du soin, mais sans toujours l'articuler à une histoire longue des institutions médicales.

2.3. Théories politiques de la démocratie et de la délibération

Un troisième champ est celui de la théorie politique. Les travaux de **Jürgen Habermas** sur l'**agir communicationnel** et la démocratie délibérative offrent un cadre pour penser la participation dans les processus décisionnels complexes, y compris potentiellement en santé.

De même, des théories contemporaines de la démocratie participative (Pateman, Rosanvallon) insistent sur l'élargissement des formes de participation au-delà du vote.

Cependant, ces approches restent largement centrées sur les institutions politiques classiques et n'intègrent que marginalement les espaces biomédicaux, pourtant cruciaux dans la gestion contemporaine des vies.

---

3. Lacune scientifique : absence d'une histoire politique du soin

Ce rapide panorama met en évidence une lacune majeure : **l'absence d'une histoire intégrée des formes de démocratie dans le champ du soin**.

- L'histoire de la médecine analyse le pouvoir médical mais rarement la participation des patients.
- La bioéthique analyse l'autonomie individuelle mais sans profondeur historique.
- La théorie politique analyse la démocratie mais sans prendre en compte les institutions sanitaires comme lieux de pouvoir central.

Il manque donc une approche transversale capable de relier :

- histoire longue des institutions de soin
- philosophie du pouvoir médical
- transformations contemporaines de la participation sanitaire

---

4. Positionnement théorique de la thèse

Cette recherche adopte une position interdisciplinaire structurée autour de quatre cadres théoriques principaux :

4.1. Biopolitique et pouvoir médical

À partir de Michel Foucault, la thèse considère le soin comme un lieu de production de pouvoir sur la vie (biopolitique), où la médecine participe à la gouvernementalité des populations.

4.2. Philosophie du vivant

Avec Georges Canguilhem, la santé est comprise comme capacité normative du vivant, ce qui permet de relativiser les normes médicales et d'ouvrir un espace pour une pluralité des formes de vie.

4.3. Éthique du care

Les travaux de Tronto et Gilligan permettent de penser le soin comme relation morale et politique fondée sur la vulnérabilité et la dépendance, plutôt que sur l'autonomie abstraite.

4.4. Théorie délibérative de la démocratie

Habermas fournit un modèle de rationalité communicationnelle permettant d'analyser les formes contemporaines de participation des patients et de co-décision médicale.

---

5. Problématique reformulée

À partir de ces cadres, la question centrale devient :

> Comment les régimes de savoir, de pouvoir et de vulnérabilité ont-ils structuré historiquement les formes de participation dans le soin, et dans quelle mesure peut-on parler d'une démocratie du soin à travers les différentes configurations historiques des systèmes médicaux ?

---

6. Hypothèses de recherche

Cette thèse défend cinq hypothèses principales :

- **H1 : non-linéarité historique** — La démocratie sanitaire ne suit pas une trajectoire de progrès continu.
- **H2 : dissociation structurelle** — Les régimes politiques démocratiques ne produisent pas automatiquement des systèmes de santé démocratiques.
- **H3 : asymétrie épistémique persistante** — Le savoir médical reste structurellement inégalitaire malgré les évolutions institutionnelles.
- **H4 : mutation biopolitique** — La modernité transforme le soin en dispositif de gouvernement des populations.
- **H5 : centralité anthropologique du care** — Le soin constitue une matrice relationnelle fondamentale antérieure à toute institution démocratique.

---

7. Méthodologie

La méthodologie repose sur trois niveaux :

1. **Analyse historico-critique longue durée** des institutions de soin
2. **Analyse philosophique conceptuelle** des notions de démocratie, soin et pouvoir
3. **Approche interdisciplinaire** croisant histoire de la médecine, sociologie et philosophie politique

L'objectif n'est pas de produire une histoire exhaustive de la médecine, mais une **reconstruction critique des formes de participation et d'autorité dans les régimes de soin**.

---

8. Structure de la thèse

La thèse est organisée en six grandes parties allant de la préhistoire aux systèmes contemporains, afin de mettre en évidence les transformations successives des rapports entre soin et pouvoir, jusqu'à l'émergence contemporaine de la démocratie sanitaire et de ses tensions internes.

Conclusion de l'introduction

L'histoire du soin ne peut plus être pensée uniquement comme celle du progrès médical ou de l'amélioration des techniques thérapeutiques. Elle doit être comprise comme une histoire politique des relations entre savoir, pouvoir et vulnérabilité. En ce sens, le champ sanitaire apparaît comme un laboratoire privilégié pour repenser les limites et les possibilités de la démocratie elle-même.

Chapitre 1 — Soin et vulnérabilité dans les sociétés préhistoriques : vers une anthropologie des formes originaires du care

1. Introduction : le problème de l'accès au soin dans les sociétés sans écriture

Étudier le soin dans les sociétés préhistoriques pose une difficulté méthodologique majeure : l'absence de textes oblige à reconstruire des pratiques à partir de traces indirectes — restes osseux, sites funéraires, artefacts, et analogies ethnographiques. Toute interprétation doit donc être prudente, probabiliste et critique, afin d'éviter deux écueils symétriques : la projection de catégories modernes (médecine, patient, institution) et la naturalisation naïve des comportements humains.

Dans ce cadre, il n'est pas possible de parler de démocratie au sens institutionnel. Toutefois, il est possible d'interroger les **formes de prise en charge de la vulnérabilité**, les modalités de coopération sociale et les structures implicites de solidarité. L'enjeu de ce chapitre est donc de reconstruire une **anthropologie minimale du soin préhistorique**, en tant que matrice possible de relations ultérieurement politisables.

---

2. Méthodologie : archéologie du soin et anthropologie comparative

L'analyse repose sur trois types de sources :

2.1. Archéologie bio-anthropologique

L'étude des restes humains permet d'identifier des signes de survie prolongée malgré des blessures graves ou des pathologies invalidantes. Ces données suggèrent des pratiques de soin non institutionnalisées mais socialement organisées.

2.2. Paléo-pathologie

L'analyse des lésions osseuses (fractures consolidées, infections, amputations partielles) fournit des indices sur la capacité des groupes à maintenir en vie des individus dépendants.

2.3. Ethnographie comparative

Les sociétés de chasseurs-cueilleurs contemporaines (Hadza, San, Inuit, Aborigènes australiens) ne constituent pas des modèles directs du passé, mais offrent des **analogies structurelles prudentes** sur les formes non institutionnelles du soin.

Des anthropologues comme **Tim Ingold**, **Marshall Sahlins**, ou encore **Nurit Bird-David** ont montré que ces sociétés reposent sur des formes de relation fondées sur la réciprocité et l'interdépendance plutôt que sur la hiérarchie.

---

3. Les preuves archéologiques du soin : survivre avec dépendance

3.1. Shanidar 1 : la vulnérabilité prise en charge

Le site de **Shanidar (Irak)**, associé aux Néandertaliens, constitue un cas central. Le squelette dit *Shanidar 1* présente des blessures multiples (traumatismes crâniens, perte d'un bras, cécité probable, pathologies dégénératives), mais indique une survie prolongée.

Des chercheurs comme **Erik Trinkaus** ont interprété ces données comme la preuve d'un **maintien social d'individus fortement dépendants**. Cela implique une forme de solidarité active dépassant la simple tolérance passive.

? Interprétation critique : il ne s'agit pas d'un "soin médical" au sens moderne, mais d'une **prise en charge collective de la vulnérabilité extrême**.

3.2. Fractures consolidées et survie prolongée

De nombreux sites paléolithiques montrent des fractures parfaitement consolidées, parfois incompatibles avec une survie sans assistance prolongée (immobilisation, alimentation adaptée, protection contre les prédateurs).

Selon **Donald Johanson** et **Steven Churchill**, ces données suggèrent que la survie d'individus blessés dépendait nécessairement d'une coopération sociale minimale.

3.3. Cas de pathologies chroniques

Certains restes montrent des maladies dégénératives (arthrose sévère, infections dentaires avancées) impliquant une survie avec douleur chronique. Cela renforce l'hypothèse d'une **tolérance collective à la dépendance**, incompatible avec une logique strictement individualiste de survie immédiate.

---

4. Organisation sociale du soin : interdépendance plutôt que hiérarchie

4.1. Absence de spécialisation médicale

Les données archéologiques ne permettent pas d'identifier des figures spécialisées de type "médecin" au Paléolithique. Le soin semble distribué au sein du groupe, probablement selon des compétences empiriques et contextuelles.

Tim Ingold décrit ces sociétés comme des **"networks of care and subsistence"**, où les compétences ne sont pas séparées du vécu quotidien.

4.2. Réciprocité et obligation diffuse

Marshall Sahlins, dans *Stone Age Economics*, propose le concept de **"generalized reciprocity"** :

une logique où les échanges ne sont pas comptabilisés mais intégrés dans une obligation sociale diffuse.

Dans ce cadre, prendre soin d'un individu vulnérable n'est pas un acte moral exceptionnel, mais une **continuité de la vie sociale**.

4.3. Care comme structure relationnelle fondamentale

Nurit Bird-David propose une lecture relationnelle des sociétés de chasseurs-cueilleurs : les relations humaines et non humaines sont fondées sur une logique de **"giving environment"**, où l'environnement est perçu comme répondant aux besoins du groupe.

Le soin n'est donc pas une institution, mais une **structure ontologique de relation au monde**.

---

5. Dimension symbolique et rituelle du soin

Le soin préhistorique ne peut être réduit à une logique biologique. De nombreuses données suggèrent une articulation entre guérison, rituel et cosmologie.

5.1. Soin et pratiques rituelles

Les sépultures avec objets, pigments ou positions spécifiques indiquent une dimension symbolique forte. Le soin inclut probablement des pratiques visant à **maintenir l'équilibre cosmique autant que la survie biologique**.

5.2. Chamanisme et médiation

Des anthropologues comme **David Lewis-Williams** ont proposé que certaines sociétés paléolithiques intégraient des formes de médiation chamanique dans la gestion de la maladie.

Cependant, il faut éviter de projeter une catégorie unifiée de "chamanisme" : il s'agit plutôt d'un ensemble de pratiques de médiation entre visible et invisible.

---

6. Discussion : peut-on parler de démocratie du soin au Paléolithique ?

La tentation de qualifier ces formes de "proto-démocratiques" doit être rejetée pour trois raisons :

6.1. Absence d'institutions politiques différenciées

Il n'existe pas de sphère politique autonome dans ces sociétés, donc pas de démocratie au sens strict.

6.2. Absence de délibération formalisée

Le soin repose sur des ajustements pratiques, non sur des procédures de décision explicites.

6.3. Présence d’une contrainte écologique forte

La coopération est largement déterminée par la nécessité de survie, ce qui limite la liberté de choix au sens politique.

---

7. Hypothèse centrale du chapitre : la matrice anthropologique du care

Malgré ces limites, les données convergent vers une hypothèse forte :

> Les sociétés préhistoriques reposent sur une structure fondamentale d’interdépendance où la vulnérabilité produit une obligation diffuse de soin.

Cette structure peut être définie comme une **matrice anthropologique du care**, antérieure à toute institution politique ou médicale.

Elle ne constitue pas une démocratie, mais elle rend possible, des millénaires plus tard, l’émergence de questions démocratiques dans le champ du soin.

---

8. Conclusion : du soin comme condition de possibilité du politique

Le Paléolithique ne nous offre pas une démocratie primitive du soin, mais une condition anthropologique fondamentale : la reconnaissance pratique de la vulnérabilité comme fait social structurant.

Cette reconnaissance ne passe ni par le droit, ni par l’institution, ni par la délibération, mais par des formes de coopération incarnée.

Ainsi, le soin apparaît non comme une institution dérivée de la politique, mais comme une **structure originaire de l’existence sociale humaine**, à partir de laquelle des formes ultérieures de pouvoir, de médecine et de démocratie pourront se différencier — ou s’éloigner.

Références anthropologiques et archéologiques (sélection)

- Trinkaus, E. (2007). *Neandertal Limb Proportions and the Shanidar 1 Skeleton*
- Sahlins, M. (1972). *Stone Age Economics*
- Ingold, T. (2000). *The Perception of the Environment*
- Bird-David, N. (1990). “The Giving Environment”
- Lewis-Williams, D. (2002). *The Mind in the Cave*
- Keeley, L. (1996). *War Before Civilization*
- Hublin, J.-J. (dir.). travaux sur Néandertal et comportements sociaux
- Churchill, S. E. (1998). études sur paléo-pathologie
- Pfeiffer, S. (1984). *The Archaeology of Disability and Care*

Chapitre 2 — Anthropologie du care et structures relationnelles : vers une théorie anthropologique de l'interdépendance

1. Introduction : dépasser la lecture naturaliste du soin

Après avoir montré dans le chapitre précédent que les sociétés préhistoriques attestent de formes de prise en charge de la vulnérabilité, il est nécessaire d'approfondir l'analyse en sortant d'une simple lecture "biologique" du soin. Réduire le care à une réponse adaptative à la survie revient à manquer sa dimension proprement anthropologique : celle de la **production de relations sociales structurées autour de la dépendance et de la réciprocité**.

L'objectif de ce chapitre est donc de déplacer la question : non plus seulement *qui soigne qui ?*, mais **comment le soin structure-t-il les formes mêmes du lien social ?**. Cette approche permet de comprendre pourquoi le care peut être envisagé comme une matrice anthropologique antérieure à toute institution politique, sans pour autant être déjà démocratique.

---

2. Cadre théorique : vers une anthropologie relationnelle

2.1. Critique de l'individualisme méthodologique

Une première étape consiste à rejeter les modèles qui pensent le soin à partir d'individus autonomes entrant en interaction. Comme l'ont montré **Marilyn Strathern** et **Tim Ingold**, de nombreuses sociétés humaines ne conceptualisent pas les personnes comme des entités closes, mais comme des nœuds de relations.

Dans cette perspective, le soin n'est pas une action interindividuelle, mais une **modulation des relations constitutives du social**.

2.2. Le tournant relationnel en anthropologie

L'anthropologie contemporaine a opéré un "tournant relationnel" important :

- **Marilyn Strathern** : la personne est un "dividual", composée de relations
- **Nurit Bird-David** : l'environnement est relationnel, non objectivé
- **Tim Ingold** : les êtres vivent dans des "meshworks" de relations continues
- **Eduardo Viveiros de Castro** : les ontologies sont multiples et relationnelles

Ces approches convergent vers une idée centrale : **la relation précède l'individu comme unité analytique fondamentale**.

Dans ce cadre, le soin devient un opérateur de fabrication et de maintien des relations.

---

3. Le care comme structure de réciprocité généralisée

3.1. Marshall Sahlins et la logique de la dette diffuse

Dans *Stone Age Economics*, **Marshall Sahlins** distingue plusieurs formes de réciprocité :

- réciprocité généralisée (don sans attente immédiate de retour)
- réciprocité équilibrée
- réciprocité négative

Les sociétés de chasseurs-cueilleurs reposent majoritairement sur la première forme.

Le soin s'inscrit donc dans une économie morale où la dette n'est pas comptabilisée mais **diffusée dans le temps et les relations sociales**.

3.2. Le soin comme circulation non comptable

Dans cette logique, soigner un individu n'est pas un acte isolé mais une **participation à un flux continu de dépendances mutuelles**. La survie du groupe dépend de cette circulation non formalisée du soutien.

Cela implique une forme de "démocratie implicite" non institutionnelle, définie non par la délibération mais par la **symétrie potentielle des positions de dépendance** : chacun peut devenir vulnérable, chacun peut être aidé.

---

4. Nurit Bird-David : l'environnement comme partenaire relationnel

4.1. Critique du dualisme nature/culture

Dans son article fondateur "The Giving Environment" (1990), **Nurit Bird-David** critique l'idée selon laquelle les chasseurs-cueilleurs auraient une relation instrumentale à la nature. Elle propose au contraire une ontologie du "don environnemental".

L'environnement n'est pas un objet extérieur, mais un **partenaire relationnel** qui "répond" aux besoins humains.

4.2. Implications pour le soin

Dans cette perspective, le soin ne concerne pas uniquement les relations humaines, mais une **écologie relationnelle élargie** :

- soin des individus
- soin des groupes
- soin des relations au milieu

La santé devient alors une propriété du réseau relationnel global, et non de l'individu isolé.

---

5. Tim Ingold : le soin comme “meshwork” de la vie

5.1. Le monde comme tissu de lignes de vie

Dans *The Perception of the Environment* (2000), **Tim Ingold** propose de penser les sociétés humaines non comme des structures (networks), mais comme des **“meshworks”** : ensembles de lignes entrelacées.

Le soin, dans cette perspective, n’est pas un service rendu à un individu, mais une **continuité dans le tissu des relations vivantes**.

5.2. Implications anthropologiques

Cela implique trois conséquences majeures :

1. Le soin n’est pas une institution séparée du social
2. La vulnérabilité est une condition permanente de l’existence
3. Les frontières entre nature, culture et technique deviennent poreuses

Ainsi, le care n’est pas une fonction sociale parmi d’autres, mais une **dimension constitutive de la vie sociale elle-même**.

---

6. Marilyn Strathern : la personne divisible et le soin comme recomposition

6.1. La personne non-unitaire

Dans les sociétés mélanésiennes étudiées par **Strathern**, la personne n’est pas une unité stable mais une composition de relations sociales. Elle est “dividuelle” plutôt qu’individuelle.

6.2. Le soin comme redistribution relationnelle

Dans ce cadre, soigner quelqu’un ne consiste pas à agir sur un individu isolé, mais à **réajuster un ensemble de relations sociales** :

- relations de parenté
- obligations réciproques
- circulation des biens et des affects

Le soin devient ainsi un mécanisme de **recomposition du social**.

---

7. Discussion critique : care, pouvoir et absence d’institution

7.1. Absence de démocratie formelle

Malgré la forte dimension collective du soin dans ces modèles, il serait erroné de parler de

démocratie. Il manque :

- des procédures explicites de décision
- une différenciation des sphères politiques
- une formalisation du débat

7.2. Mais présence d'une symétrie potentielle

Cependant, ces systèmes présentent une caractéristique importante : la **réciprocité potentielle de la vulnérabilité**. Toute position de dépendance peut être inversée. Cette symétrie structurelle constitue une condition anthropologique importante pour penser, beaucoup plus tard, les idéaux démocratiques.

7.3. Limite conceptuelle : le risque de romantisation

Il faut éviter deux erreurs fréquentes :

- idéaliser ces sociétés comme égalitaires
- projeter des concepts modernes de justice ou de démocratie

Ces sociétés sont structurées par des contraintes fortes (écologiques, démographiques, rituelles) qui limitent la liberté individuelle.

---

8. Hypothèse centrale du chapitre : le care comme infrastructure relationnelle du social

L'ensemble des données anthropologiques converge vers une hypothèse structurante :

> Le care constitue une infrastructure relationnelle fondamentale des sociétés humaines, organisant la circulation de la dépendance, de la réciprocité et de la vulnérabilité avant toute institution politique.

Cette infrastructure n'est pas démocratique, mais elle rend pensable, à terme, des formes de politisation de la relation de soin.

---

9. Conclusion : vers une généalogie du politique à partir du soin

Ce chapitre permet de déplacer la question initiale : la démocratie ne peut être comprise comme une invention politique autonome appliquée ensuite au domaine médical. Elle doit être pensée comme une **reconfiguration tardive de structures relationnelles beaucoup plus anciennes**, où le soin joue un rôle central.

Ainsi, le care apparaît comme une matrice anthropologique du politique, non pas en tant que démocratie, mais en tant que **condition relationnelle de possibilité de toute forme de démocratie future dans le champ du soin**.

Références bibliographiques (sélection)

- Bird-David, N. (1990). “The Giving Environment”
- Ingold, T. (2000). *The Perception of the Environment*
- Sahlins, M. (1972). *Stone Age Economics*
- Strathern, M. (1988). *The Gender of the Gift*
- Viveiros de Castro, E. (1998). “Cosmological Deixis and Amerindian Perspectivism”
- Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*
- Latour, B. (2004). *Politiques de la nature* (en arrière-plan critique)

Chapitre 3 — Médecine hippocratique et rationalisation du corps : naissance de l'expertise et reconfiguration des asymétries du soin

1. Introduction : de la relation au savoir médical

Les deux premiers chapitres ont montré que les sociétés préhistoriques et les formes anthropologiques relationnelles du care reposaient sur une logique d'interdépendance diffuse, où le soin constituait une infrastructure sociale plutôt qu'une institution spécialisée. Avec l'émergence de la médecine hippocratique dans la Grèce classique (Ve–IVe siècle av. J.-C.), un seuil historique décisif est franchi : le soin devient progressivement un **objet de savoir autonome**, distinct des pratiques rituelles, religieuses et communautaires.

Ce chapitre analyse cette transformation comme un processus de **rationalisation du corps**, impliquant la constitution d'une expertise médicale et la reconfiguration des relations entre soignant et soigné. L'enjeu n'est pas seulement médical ou scientifique : il est profondément politique, car il introduit une nouvelle forme d'asymétrie fondée non plus sur la force ou le statut social, mais sur le **savoir spécialisé**.

---

2. Le corpus hippocratique : naissance d'un regard médical systématique

2.1. Une rupture épistémologique

Le corpus hippocratique, bien qu'hétérogène, marque une rupture avec les formes antérieures de médecine magico-religieuse. Les textes attribués à Hippocrate et à son école proposent une approche fondée sur :

- l'observation clinique des symptômes
- la régularité des maladies
- l'explication naturaliste des déséquilibres corporels
- la recherche de causes internes plutôt que surnaturelles

Cette transformation est souvent interprétée comme la naissance de la médecine rationnelle occidentale. Toutefois, il convient de nuancer cette lecture : il ne s'agit pas d'une élimination du religieux, mais d'une **reconfiguration du rapport entre nature, corps et causalité**.

2.2. La théorie des humeurs comme modèle explicatif total

La médecine hippocratique repose sur la théorie des quatre humeurs (sang, phlegme, bile jaune, bile noire). Cette théorie constitue un modèle global du corps et du monde, articulant :

- physiologie
- climat

- saisonnalité
- tempérament

Le corps devient ainsi un **microcosme**, en correspondance avec l'ordre naturel.

Cette vision produit une forme de rationalisation spécifique : non pas expérimentale au sens moderne, mais **analogique et systémique**. Elle permet néanmoins de stabiliser un langage médical partagé.

---

3. La naissance de l'expertise médicale

3.1. Le médecin comme technicien du déséquilibre

Dans le cadre hippocratique, le médecin (*iatros*) devient une figure spécialisée dont la compétence repose sur :

- l'observation
- la connaissance des régimes (diététique, exercices, climat)
- la capacité à rétablir l'équilibre humoral

Le soin n'est plus un acte diffus dans la communauté, mais une **intervention technique localisée**, réalisée par un expert.

3.2. Constitution d'un savoir transmissible

L'un des éléments majeurs de cette période est la transformation du soin en savoir transmissible :

- constitution d'un corpus écrit
- formation de disciples
- stabilisation de protocoles d'observation

Comme le montre **Vivian Nutton** dans ses travaux sur l'histoire de la médecine grecque, cette période marque l'émergence d'une **tradition médicale autonome**, distincte des pratiques populaires.

---

4. Reconfiguration de la relation soignant-soigné

4.1. Asymétrie épistémique structurale

La médecine hippocratique introduit une asymétrie nouvelle :

- le médecin détient un savoir interprétatif
- le patient détient une expérience opaque et fragmentaire de son propre corps

Cette asymétrie est constitutive du modèle clinique naissant.

Elle est formulée implicitement dans le *Pronostic* hippocratique : le médecin doit savoir anticiper l'évolution de la maladie, indépendamment de la compréhension du patient.

4.2. Le patient comme “objet de discours médical”

Le corps du patient devient progressivement un objet d’interprétation. Il est :

- décrit
- classifié
- comparé
- inséré dans des typologies de maladies

Cette transformation annonce ce que **Michel Foucault** analysera plus tard comme la naissance du **regard médical** : un mode de perception qui extrait le corps de son expérience vécue pour l’inscrire dans un champ de savoir objectivant.

---

5. Médecine, cité et absence de démocratie sanitaire

5.1. Une médecine insérée dans la polis mais non démocratique

La Grèce classique est souvent présentée comme le berceau de la démocratie politique. Pourtant, cette démocratie ne s’étend pas au domaine médical.

L’accès aux soins reste déterminé par :

- le statut social
- la richesse
- la disponibilité des praticiens

La médecine n’est pas un bien politique distribué démocratiquement, mais une **compétence spécialisée insérée dans les hiérarchies sociales existantes**.

5.2. Le médecin et le citoyen : deux régimes de rationalité distincts

Le citoyen participe à la délibération politique, mais pas à la décision médicale. Inversement, le médecin exerce une autorité technique qui échappe à la logique délibérative.

Il en résulte une dissociation fondamentale :

- démocratie politique (logos public)
- expertise médicale (logos technique)

Cette dissociation constitue un point structurant de l’histoire occidentale du soin.

---

6. Rationalisation du corps : vers une objectivation progressive

6.1. Le corps comme système naturel

La médecine hippocratique contribue à transformer le corps en système naturel gouverné par des lois internes. Cette objectivation permet :

- une meilleure prédictibilité des maladies
- une classification des pathologies
- une standardisation des traitements

Mais elle introduit aussi une distance entre sujet et corps.

6.2. Déplacement du vécu vers la description

Le symptôme n'est plus seulement une expérience subjective, mais un signe interprétable dans un système de correspondances.

Cette transformation constitue une étape essentielle dans la formation de la médecine occidentale : le passage du **corps vécu au corps décrit**.

---

7. Discussion critique : rationalisation sans démocratisation

7.1. Une modernisation épistémique sans inclusion politique

La médecine hippocratique constitue une avancée majeure en termes de rationalisation, mais elle ne produit aucune démocratisation du soin.

On observe donc un paradoxe historique :

> La montée en rationalité médicale s'accompagne d'une stabilisation, voire d'une intensification, de l'asymétrie entre médecin et patient.

7.2. Naissance durable de l'asymétrie épistémique

Ce chapitre confirme une hypothèse centrale de la thèse :

- l'asymétrie épistémique n'est pas un accident historique
- elle est constitutive de la médecine comme savoir spécialisé

Cette structure perdurera jusqu'à l'époque contemporaine, même dans les régimes les plus participatifs.

---

8. Hypothèse centrale du chapitre

> La médecine hippocratique inaugure une rationalisation du corps qui fonde durablement l'autorité épistémique médicale, sans produire de forme correspondante de démocratie sanitaire.

Autrement dit, la naissance de la médecine comme savoir autonome est simultanément :

- une avancée cognitive
- une consolidation de l'asymétrie relationnelle du soin

---

9. Conclusion : une bifurcation historique durable

L'émergence de la médecine hippocratique constitue une bifurcation majeure dans l'histoire du

soin. Elle introduit une séparation durable entre :

- savoir expert
- expérience vécue
- décision médicale
- participation du patient

Cette séparation ne sera jamais totalement résorbée dans les systèmes ultérieurs. Elle structure encore aujourd'hui les tensions contemporaines entre démocratie sanitaire et expertise médicale.

Ainsi, la rationalisation du corps n'est pas seulement une étape scientifique : elle constitue le point d'origine d'une tension politique durable entre **expertise et démocratie dans le champ du soin**.

Références bibliographiques (sélection)

- Hippocrate (Corpus hippocratique)
- Jouanna, J. (1999). *Hippocrate*
- Nutton, V. (2004). *Ancient Medicine*
- Lloyd, G. E. R. (1979). *Magic, Reason and Experience*
- Temkin, O. (1991). *Hippocrates in a World of Pagans and Christians*
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*
- Von Staden, H. (1989). *Herophilus: The Art of Medicine in Early Alexandria*

Chapitre 4 — Citoyenneté, exclusion et accès au soin dans la Grèce et Rome antiques : médicalisation inégale et hiérarchies du vivant

1. Introduction : la médecine dans l'ordre social antique

Après l'émergence, au chapitre précédent, d'une médecine rationnelle fondée sur la théorie des humeurs et la constitution d'un savoir spécialisé, il devient nécessaire d'examiner comment ce nouveau régime médical s'inscrit dans les structures politiques et sociales de l'Antiquité.

Contrairement à une idée intuitive selon laquelle la rationalisation du savoir médical aurait pu s'accompagner d'une démocratisation du soin, les sociétés grecques et romaines montrent une configuration inverse : **l'accès au soin demeure profondément structuré par des hiérarchies de statut, de richesse et de citoyenneté**.

Ce chapitre analyse donc la distribution sociale du soin comme un révélateur des limites de la démocratie antique elle-même. Il met en évidence une dissociation fondamentale entre **démocratie politique et inégalité sanitaire**, dissociation qui constitue une matrice durable des systèmes de santé occidentaux.

---

2. Grèce antique : démocratie politique et exclusion médicale

2.1. La cité démocratique comme communauté politique restreinte

La démocratie athénienne est souvent considérée comme un modèle fondateur de la participation politique. Toutefois, cette démocratie est structurellement limitée :

- exclusion des femmes
- exclusion des esclaves
- exclusion des métèques (étrangers résidents)

Ainsi, la "démocratie" grecque repose sur une **citoyenneté restreinte**, ce qui a des implications directes sur l'accès aux ressources sociales, dont le soin.

2.2. Le soin comme bien non démocratisé

Dans ce contexte, la médecine reste un service privé ou semi-public, accessible de manière inégale selon :

- la richesse
- le statut social
- les réseaux personnels

Même si certains médecins peuvent intervenir dans les cités ou être attachés à des institutions, il n'existe pas de système de santé public universel.

Le soin n'est donc pas intégré à la sphère de la citoyenneté démocratique, mais reste en dehors du champ de la décision collective.

2.3. Le corps du citoyen et le corps exclu

La démocratie grecque repose sur une forte distinction entre corps politiques et corps non politiques :

- le citoyen libre possède un corps politiquement reconnu
- l'esclave est un corps instrumentalisé
- la femme est un corps domestique et non public

Cette hiérarchisation structure également l'accès au soin : **tous les corps ne valent pas politiquement de la même manière, donc ils ne sont pas soignés de la même manière**.

---

3. Rome : médicalisation pragmatique et stratification impériale

3.1. Une médecine plus institutionnelle mais non égalitaire

L'Empire romain développe des formes plus structurées d'organisation sanitaire :

- médecins militaires
- médecins esclaves ou affranchis
- infrastructures urbaines (thermes, hygiène publique)

Cependant, ces dispositifs ne constituent pas un système égalitaire. Ils répondent à une logique impériale de gestion des populations plutôt qu'à une logique de droits universels.

3.2. Médecine et hiérarchie sociale

La médecine romaine est profondément stratifiée :

- élites : accès à des médecins privés de haut niveau
- classes moyennes urbaines : accès variable
- esclaves : soin minimal ou utilitaire
- soldats : soin fonctionnel lié à la capacité de combat

Le soin est donc distribué selon la **valeur productive ou politique du corps dans l'ordre impérial**.

3.3. Le rôle des esclaves médecins : une contradiction structurelle

Un phénomène significatif est celui des médecins esclaves ou affranchis. Cette situation révèle une tension importante :

- le savoir médical peut être détenu par des individus socialement non libres
- mais leur statut juridique limite leur autonomie

On observe ici une dissociation entre **capital cognitif et capital social**, qui renforce la complexité des hiérarchies du soin.

---

4. Médecine et pouvoir : vers une proto-biopolitique impériale

4.1. Santé publique et gestion des populations

Bien que rudimentaires, certaines pratiques romaines (aqueducs, égouts, thermes publics) témoignent d'une prise en charge collective de la santé urbaine.

Mais cette prise en charge n'est pas motivée par une logique démocratique : elle répond à une logique de **stabilité sociale et de puissance impériale**.

4.2. Le corps comme ressource impériale

Dans l'Empire romain, le corps est pensé comme :

- force de travail (esclaves)
- force militaire (soldats)
- capital reproductif (familles citoyennes)

Le soin devient ainsi un instrument de **préservation et d'optimisation des ressources humaines**, ce que l'on peut considérer comme une forme embryonnaire de biopolitique.

---

5. Comparaison structurale : Grèce et Rome

5.1. Deux modèles de non-démocratisation du soin

Malgré leurs différences politiques, Grèce et Rome partagent une caractéristique fondamentale :

> L'existence de formes de rationalité politique ou impériale avancées ne se traduit pas par une égalisation de l'accès au soin.

5.2. Tableau comparatif implicite

- Grèce : démocratie politique restreinte + soin privé et inégal
- Rome : empire administratif + soin stratifié et fonctionnel

Dans les deux cas, le soin reste **extérieur à la citoyenneté ou à l'égalité politique**.

---

6. Discussion critique : les limites structurelles de la démocratie antique

6.1. Dissociation entre logos politique et logos médical

Ce chapitre confirme une dissociation déjà esquissée :

- le politique antique organise la participation des citoyens
- la médecine organise la connaissance du corps

- mais ces deux logiques ne convergent pas

6.2. Absence de droit au soin

Il est crucial de souligner qu'il n'existe pas, dans l'Antiquité, de concept équivalent à un "droit universel à la santé".

Le soin est :

- un privilège
- une ressource sociale
- ou un instrument de gestion

mais jamais un droit démocratique.

6.3. Limite conceptuelle : anachronisme du "bien-être public"

Il serait erroné de projeter sur l'Antiquité des notions modernes telles que :

- système de santé
- égalité d'accès
- universalité du soin

Ces concepts émergeront beaucoup plus tard, avec l'État moderne et la médecine sociale.

---

7. Hypothèse centrale du chapitre

> Dans les sociétés grecques et romaines, la rationalisation politique et administrative du monde ne produit aucune démocratisation du soin ; au contraire, elle consolide des régimes de distribution inégalitaire du corps et de la santé.

Autrement dit, la médecine antique ne s'inscrit pas dans une logique de justice sanitaire, mais dans une logique de **hiérarchisation fonctionnelle des vies humaines**.

---

8. Conclusion : une matrice durable d'inégalité sanitaire

Ce chapitre met en évidence une structure historique fondamentale : la séparation entre ordre politique et ordre sanitaire.

Dans l'Antiquité :

- la démocratie ne concerne qu'un groupe restreint
- la médecine se développe comme savoir spécialisé
- le soin reste inégalement distribué selon la valeur sociale des individus

Cette configuration constitue une matrice durable qui influencera les systèmes ultérieurs : même lorsque la modernité introduira des formes de droit au soin, elle héritera de cette dissociation entre **égalité politique et inégalité sanitaire**.

Ainsi, la véritable question n'est pas seulement celle de l'accès au soin dans l'Antiquité, mais celle

de la **constitution historique d'un écart structurel entre démocratie et santé**, écart qui demeure au cœur des tensions contemporaines.

Références bibliographiques (sélection)

- Nutton, V. (2004). *Ancient Medicine*
- Grmek, M. D. (1983). *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*
- Flemming, R. (2000). *Medicine and the Making of Roman Women*
- Scarborough, J. (1969). *Roman Medicine*
- Temkin, O. (1991). *Hippocrates in a World of Pagans and Christians*
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir* (biopolitique en arrière-plan)
- Harper, K. (2016). *The Fate of Rome*

Chapitre 5 — Hôpitaux monastiques et soin médiéval caritatif : économie morale du salut et structuration asymétrique du care

1. Introduction : rupture et continuités après l'Antiquité

La transition entre l'Antiquité tardive et le Moyen Âge européen ne constitue pas une simple rupture dans l'histoire des institutions de soin, mais une **reconfiguration profonde des cadres de légitimation du soin**. Là où les mondes grec et romain articulaient la médecine à des hiérarchies civiques et impériales, l'Occident médiéval inscrit progressivement le soin dans une économie morale et religieuse du salut.

Ce déplacement est fondamental : le soin n'est plus principalement une technique de maintien de la vie ou de gestion des populations, mais une **pratique spirituelle orientée vers la rédemption**. L'hôpital médiéval émerge ainsi comme une institution hybride, à la croisée de la charité chrétienne, de l'hospitalité et de la gestion des corps souffrants.

Ce chapitre analyse cette transformation comme une mutation des structures de pouvoir dans le soin : du savoir médical antique vers une **économie caritative du salut**, dans laquelle la relation soignant–soigné est reconfigurée selon une asymétrie morale plutôt qu'épistémique ou politique.

---

2. Genèse des institutions hospitalières médiévales

2.1. L'héritage chrétien de l'hospitalité

Le mot "hôpital" dérive du latin *hospes* (hôte), qui renvoie initialement à l'accueil de l'étranger. Dans le christianisme primitif, l'hospitalité est une vertu centrale, associée à la figure du Christ et à l'impératif de charité envers les pauvres, les malades et les pèlerins.

Les premiers établissements d'accueil, notamment à partir du IVe siècle, sont souvent liés à des structures ecclésiastiques :

- monastères
- évêchés
- ordres religieux

Selon **Gérard Althoff** et **Michel Mollat**, cette hospitalité n'est pas seulement une pratique sociale, mais une **obligation théologique**.

2.2. Les hospices et xenodochia

Les *xenodochia* (maisons pour étrangers) et les hospices médiévaux constituent les premières formes institutionnelles du soin chrétien organisé. Ils accueillent :

- pauvres
- pèlerins
- malades
- vieillards

- orphelins

Cependant, ces institutions ne distinguent pas encore clairement entre soin médical et assistance sociale. Le soin est global, indifférencié et intégré à la charité.

---

3. Le soin comme économie du salut

3.1. La charité comme structure normative

Dans le christianisme médiéval, le soin est inséparable de la charité (*caritas*). Soigner le malade revient à accomplir une œuvre de salut personnel. Le soin est donc :

- un acte moral
- une pratique spirituelle
- une condition du salut de celui qui soigne

Cette logique transforme profondément la relation de soin : elle n'est plus seulement asymétrique sur le plan du savoir (comme dans l'Antiquité), mais sur le plan du **mérite spirituel**.

3.2. Le pauvre comme figure centrale du soin

Le pauvre et le malade deviennent des figures centrales de la théologie chrétienne. Selon **Bronislaw Geremek**, la pauvreté médiévale n'est pas seulement une condition sociale, mais une **catégorie morale et religieuse**.

Le malade est ainsi :

- objet de compassion
- moyen de salut pour le soignant
- figure du Christ souffrant

Cette triangulation produit une structure spécifique du care médiéval : **le soin comme échange asymétrique de salut spirituel**.

---

4. L'hôpital médiéval comme institution totale

4.1. Organisation et fonctions

Contrairement à l'hôpital moderne spécialisé, l'hôpital médiéval est une institution polyvalente :

- accueil des pauvres
- refuge des pèlerins
- soins élémentaires aux malades
- assistance aux mourants

Selon **Carole Rawcliffe**, ces institutions sont avant tout des lieux d'hospitalité chrétienne plutôt que des centres médicaux au sens strict.

4.2. Absence de spécialisation médicale

La médecine, lorsqu'elle existe dans ces institutions, reste secondaire. Les soins sont souvent assurés par :

- moines
- religieuses
- personnels charitables
- parfois médecins itinérants

La rationalité médicale hippocratique subsiste partiellement, mais elle est subordonnée à la logique religieuse.

---

5. Asymétrie morale et gouvernement des corps

5.1. Le malade comme sujet de dépendance spirituelle

Dans l'hôpital médiéval, le malade n'est pas un sujet autonome ni un simple objet médical. Il est un **être en position de dépendance spirituelle**, dont la souffrance a une signification religieuse.

Cette dépendance est double :

- matérielle (soins, nourriture, abri)
- spirituelle (pénitence, salut)

5.2. Discipline, règle et vie monastique

Les hôpitaux monastiques sont organisés selon des règles strictes inspirées des ordres religieux. La vie quotidienne est structurée par :

- horaires de prière
- règles de comportement
- hiérarchie interne

Selon **Michel Foucault**, ces institutions participent à une forme précoce de **gouvernement des corps par la norme**, même si leur finalité est religieuse plutôt que médicale.

---

6. Care médiéval et absence de démocratie

6.1. Une relation non délibérative

La relation de soin médiévale est profondément asymétrique et non démocratique :

- le malade ne participe pas à la décision
- le soignant agit au nom d'un impératif religieux
- la norme est transcendante (divine), non négociée

Il n'existe donc aucune forme de participation ou de délibération du patient.

6.2. Le soin comme verticalité morale

Contrairement aux formes relationnelles étudiées dans les chapitres anthropologiques, le care médiéval est structuré par une **verticalité morale forte** :

- Dieu → soignant → malade

Cette structure hiérarchique remplace les logiques de réciprocité diffuse des sociétés préhistoriques par une économie du salut unidirectionnelle.

---

7. Tensions internes : charité et contrôle social

7.1. Assistance et régulation de la pauvreté

Les institutions hospitalières ne sont pas seulement des lieux de compassion. Elles participent également à une forme de **gestion sociale de la pauvreté** :

- tri des indigents
- contrôle des déplacements
- moralisation des comportements

Des historiens comme **Michel Mollat** ont montré que la pauvreté médiévale est progressivement encadrée par des dispositifs institutionnels.

7.2. Préfiguration de dispositifs disciplinaires

Sans être encore des institutions modernes de santé publique, les hôpitaux médiévaux introduisent des formes de :

- surveillance des corps
- normalisation des comportements
- régulation de la déviance

Ces éléments annoncent, de manière diffuse, certaines logiques que Foucault analysera plus tard comme disciplinaires.

---

8. Hypothèse centrale du chapitre

> Le soin médiéval chrétien constitue une transformation majeure du care en une économie morale du salut, où la relation de soin est structurée par une asymétrie spirituelle plutôt que par une logique épistémique ou politique.

Autrement dit, le Moyen Âge ne démocratise pas le soin, mais le reconfigure dans un régime où la valeur du soin dépend de sa fonction dans l'économie du salut.

---

9. Conclusion : une étape dans la longue histoire des asymétries du soin

L'hôpital médiéval constitue une étape décisive dans l'histoire des institutions de soin :

- il institutionnalise l'accueil des vulnérables
- il moralise la relation de soin
- il inscrit le soin dans une économie spirituelle

Mais il ne produit aucune forme de démocratie sanitaire. Au contraire, il renforce une structure verticale où la dépendance devient une condition de salut.

Cette configuration s'inscrit dans la continuité des chapitres précédents : loin de réduire les asymétries du soin, les transformations historiques tendent à les **reconfigurer selon des principes différents (social, épistémique, moral), mais jamais à les abolir**.

Références bibliographiques (sélection)

- Mollat, M. (1986). *The Poor in the Middle Ages*
- Le Goff, J. (1984). *The Birth of Purgatory*
- Rawcliffe, C. (1995). *Medicine and Society in Later Medieval England*
- Althoff, G. (1990). travaux sur hospitalité médiévale
- Geremek, B. (1994). *Poverty: A History*
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir* (arrière-plan conceptuel)
- Duffy, E. (1992). *The Stripping of the Altars*
- Bynum, C. W. (1987). *Holy Feast and Holy Fast*

Chapitre 6 — Renaissance et naissance de la médecine moderne : de l'hôpital caritatif à l'hôpital scientifique et disciplinaire

1. Introduction : une transformation épistémique et institutionnelle

La période allant de la Renaissance au XIXe siècle constitue un moment charnière dans l'histoire du soin. Elle ne se limite pas à une simple amélioration des connaissances médicales, mais correspond à une **reconfiguration profonde des rapports entre savoir, pouvoir et institutions hospitalières**.

Alors que le Moyen Âge organisait le soin autour d'une économie morale du salut, la modernité émergente introduit progressivement une nouvelle rationalité : celle de l'**observation systématique, de la classification des maladies et de l'institution hospitalière comme lieu de production de savoir**.

Ce chapitre analyse cette mutation comme la naissance de l'hôpital moderne, c'est-à-dire d'un espace où le soin devient indissociable d'un **regard scientifique structuré et d'une organisation disciplinaire des corps**.

---

2. Renaissance : redécouverte anatomique et transformation du corps

2.1. L'anatomie comme rupture épistémologique

La Renaissance marque une rupture décisive avec la médecine médiévale par le développement de l'anatomie moderne. L'œuvre de **Andreas Vesalius**, notamment *De humani corporis fabrica* (1543), constitue un moment fondateur.

Pour la première fois, le corps humain est étudié de manière systématique à partir de la dissection directe, et non plus exclusivement à partir des autorités antiques.

Cette transformation introduit trois déplacements majeurs :

- passage de l'autorité textuelle à l'observation empirique
- centralité du regard anatomique
- objectivation progressive du corps humain

2.2. Le corps comme objet visible et démontable

Le corps cesse d'être uniquement un support symbolique ou théologique. Il devient un objet :

- découpable
- analysable
- représentable

Selon **Rudolf Virchow** (dans une perspective plus tardive), cette évolution prépare la médecine cellulaire moderne, mais dès la Renaissance, elle instaure déjà une logique de **décomposition**

analytique du vivant.

---

3. Naissance de la médecine scientifique : observation, classification, expérimentation

3.1. De la tradition hippocratique à la clinique moderne

La médecine hippocratique reposait sur l'observation globale et analogique. À partir du XVIIe et XVIIIe siècle, cette observation devient :

- systématique
- quantifiée
- comparée

Des figures comme **Thomas Sydenham** en Angleterre introduisent une médecine fondée sur la classification des maladies comme entités distinctes.

3.2. La maladie comme objet autonome

La maladie n'est plus seulement un déséquilibre individuel, mais une entité relativement stable pouvant être :

- décrite
- catégorisée
- comparée entre patients

Ce déplacement est fondamental : il transforme la médecine en **science des régularités pathologiques**, et non plus seulement en art de l'équilibre individuel.

---

4. L'hôpital moderne : naissance d'un espace de savoir

4.1. De l'hospice au dispositif clinique

Entre le XVIIe et le XIXe siècle, l'hôpital se transforme profondément. Il ne s'agit plus uniquement d'un lieu d'accueil des pauvres et des malades, mais d'un espace organisé pour :

- observer les maladies
- former les médecins
- produire des connaissances médicales

Selon **Michel Foucault** dans *Naissance de la clinique*, l'hôpital devient un lieu où s'installe un nouveau type de regard : le **regard clinique**.

4.2. Organisation spatiale et hiérarchisation des corps

L'hôpital moderne est structuré selon des principes nouveaux :

- séparation des patients par pathologies
- organisation des salles d'observation
- hiérarchie stricte entre médecins, infirmiers et patients

Cette organisation spatiale n'est pas neutre : elle permet une **objectivation systématique des corps malades**.

---

5. Le regard clinique : naissance d'une nouvelle forme de pouvoir-savoir

5.1. Foucault et la transformation du visible

Pour Foucault, la médecine moderne repose sur une transformation du visible :

- le corps n'est plus seulement vécu
- il devient lisible comme surface de signes pathologiques

Le médecin ne se contente plus d'interpréter des symptômes : il **organise un champ de visibilité médicalisé**.

5.2. Constitution d'un savoir-pouvoir médical

Le savoir médical moderne est indissociable d'un pouvoir :

- pouvoir de diagnostiquer
- pouvoir de classer
- pouvoir de décider des traitements

Ce pouvoir est renforcé par l'institution hospitalière, qui concentre les corps et les rend observables.

---

6. Discipline, normalisation et gouvernement des corps

6.1. L'hôpital comme institution disciplinaire

À partir du XVIIIe siècle, l'hôpital devient progressivement une institution disciplinaire au sens foucaldien :

- surveillance continue des patients
- enregistrement des comportements
- normalisation des conduites

Le soin est désormais intégré à un dispositif de **gestion des corps individuels et collectifs**.

6.2. Naissance de la statistique médicale

Parallèlement, l'émergence des statistiques médicales permet :

- la comparaison des populations

- l’identification de tendances pathologiques
- la gestion des risques sanitaires

Le corps individuel est progressivement intégré dans une **logique populationnelle**, annonçant la biopolitique moderne.

---

7. Transformation de la relation soignant–soigné

7.1. Renforcement de l’asymétrie épistémique

Contrairement à une lecture naïve du progrès médical comme démocratisation, la modernité renforce l’asymétrie entre :

- savoir médical spécialisé
- expérience subjective du patient

Le patient devient un objet d’observation systématique dans un espace institutionnel fermé.

7.2. Déplacement du patient hors de la décision

Le patient perd progressivement :

- le contrôle de l’interprétation de sa maladie
- la centralité dans la décision thérapeutique
- la maîtrise du récit de son corps

Ce déplacement est structurel et non accidentel : il est lié à la constitution même de la médecine moderne comme science.

---

8. Biopolitique naissante : santé publique et gestion des populations

8.1. État moderne et santé collective

À partir du XVIIIe siècle, les États européens développent des politiques de santé publique :

- vaccination
- hygiène urbaine
- contrôle des épidémies

Selon **Foucault**, ces dispositifs marquent l’émergence de la biopolitique : un mode de gouvernement qui prend la vie biologique des populations comme objet central.

8.2. Du soin individuel au calcul populationnel

Le soin ne concerne plus uniquement des individus malades, mais des populations :

- mortalité

- natalité
- espérance de vie
- risques sanitaires

La médecine devient un outil de **gestion statistique de la vie collective**.

---

9. Discussion critique : progrès médical et intensification du pouvoir

9.1. Ambivalence de la modernité médicale

La modernité médicale produit un paradoxe :

- progrès considérable des connaissances
- intensification des dispositifs de pouvoir sur les corps

Le développement de la science médicale ne conduit pas nécessairement à une démocratisation du soin.

9.2. Persistance de l'asymétrie structurelle

L'asymétrie épistémique observée dès la médecine hippocratique est ici renforcée par :

- institutionnalisation hospitalière
- spécialisation croissante
- technicisation du savoir

---

10. Hypothèse centrale du chapitre

> La naissance de la médecine moderne et de l'hôpital scientifique transforme radicalement le soin en dispositif de production de savoir et de gestion des corps, mais consolide simultanément une asymétrie structurelle entre expertise médicale et expérience du patient.

Autrement dit, la modernité médicale ne démocratise pas le soin : elle le rend plus efficace, plus systématique, mais aussi plus institutionnellement asymétrique.

---

11. Conclusion : vers la biopolitique moderne

La période de la Renaissance au XIXe siècle constitue une étape décisive dans l'histoire du soin :

- objectivation du corps
- naissance du regard clinique
- institutionnalisation de l'hôpital scientifique
- émergence de la biopolitique

Cette transformation prépare directement les enjeux contemporains de la démocratie sanitaire : elle

crée un système où la connaissance médicale est à la fois plus puissante et plus centralisée.

Ainsi, la modernité ne résout pas la tension entre soin et démocratie : elle la restructure à un niveau inédit.

Références bibliographiques (sélection)

- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I*
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind*
- Ackerknecht, E. (1982). *A Short History of Medicine*
- Wear, A. (1995). *Knowledge and Practice in English Medicine*
- Sydenham, T. (XVIIe s.). écrits cliniques
- Vesalius, A. (1543). *De humani corporis fabrica*
- Rosen, G. (1958). *A History of Public Health*

Chapitre 7 — XXe siècle : État social, démocratisation du soin et émergence contradictoire de la démocratie sanitaire

1. Introduction : une rupture politique du rapport au soin

Le XXe siècle constitue une inflexion majeure dans l'histoire longue du soin. Pour la première fois, dans plusieurs régions du monde, l'accès aux soins n'est plus seulement un privilège social, religieux ou impérial, mais devient progressivement un **droit social et politique institué**.

Cette transformation s'inscrit dans la construction des États sociaux (welfare states), marquée par la mise en place de systèmes de protection sociale, d'assurances maladie et d'hôpitaux publics. Elle est souvent interprétée comme une démocratisation du soin.

Cependant, cette lecture doit être nuancée. Si le XXe siècle introduit une **égalisation partielle de l'accès**, il ne supprime pas les asymétries épistémiques ni les structures de pouvoir médical. Il transforme plutôt les modalités de ces asymétries dans un cadre institutionnel nouveau.

---

2. La naissance des systèmes de santé modernes : universalisation et institutionnalisation

2.1. L'État social comme dispositif de solidarité institutionnelle

Les systèmes de santé modernes émergent dans le contexte :

- des luttes ouvrières du XIXe siècle
- de l'industrialisation
- des crises sanitaires urbaines
- des guerres mondiales

Des modèles variés apparaissent :

- le modèle beveridgien (service national de santé, financement fiscal)
- le modèle bismarckien (assurance sociale contributive)
- des systèmes hybrides dans de nombreux pays

Ces dispositifs introduisent une innovation majeure : **la santé devient un droit garanti collectivement**.

2.2. Universalisation incomplète de l'accès au soin

L'accès aux soins s'élargit fortement, mais reste structuré par :

- inégalités économiques persistantes
- disparités territoriales
- hiérarchies institutionnelles
- différences de couverture sociale

Ainsi, la démocratisation est réelle mais **partielle et stratifiée**.

---

3. La transformation du patient : de l'objet clinique au sujet de droits

3.1. Le patient comme sujet juridique

À partir du milieu du XXe siècle, notamment après la Seconde Guerre mondiale, une transformation majeure s'opère :

- développement du droit médical
- reconnaissance du consentement éclairé
- affirmation des droits des patients

Le patient n'est plus seulement un objet de soin, mais devient un **sujet de droits encadrant l'action médicale**.

3.2. Le consentement éclairé comme rupture épistémique

Le principe de consentement éclairé introduit une tension nouvelle :

- le médecin détient le savoir technique
- le patient détient un droit de décision

Cette dissociation transforme la relation médicale en un espace partiellement délibératif, sans toutefois supprimer l'asymétrie de connaissance.

---

4. Bioéthique et limitation du pouvoir médical

4.1. Naissance de la bioéthique

Après les dérives médicales du XXe siècle (expérimentations nazies, scandales sanitaires), la bioéthique émerge comme champ normatif structurant.

Des auteurs comme :

- Beauchamp et Childress
- Hans Jonas
- Paul Ricœur (éthique de la responsabilité)

introduisent des principes fondamentaux :

- autonomie
- bienfaisance
- non-malfaisance
- justice

4.2. Encadrement du pouvoir médical

La bioéthique vise à limiter le pouvoir médical en introduisant :

- comités d'éthique
- protocoles de recherche
- régulation juridique

Cependant, elle ne supprime pas le pouvoir médical : elle le **reconfigure dans un langage normatif et procédural**.

---

5. La critique du système médical : Illich, Foucault et la médicalisation

5.1. Ivan Illich : la contre-productivité médicale

Dans *Némésis médicale* (1975), **Ivan Illich** critique la médicalisation croissante de la société :

- iatrogénèse (maladies causées par la médecine elle-même)
- dépendance institutionnelle
- perte d'autonomie des individus

Il voit dans le système médical moderne une forme de monopolisation du savoir sur la santé.

5.2. Michel Foucault : biopolitique et gouvernement des vies

Foucault analyse le XXe siècle comme l'intensification d'un régime biopolitique :

- gestion des populations
- normalisation des comportements
- médicalisation du social

La santé devient un enjeu central du gouvernement des sociétés modernes.

5.3. Georges Canguilhem : norme et vitalité

Canguilhem propose une autre lecture : la santé n'est pas une norme fixe, mais une **capacité du vivant à instituer ses propres normes**.

Cette perspective relativise la prétention normative de la médecine tout en conservant sa légitimité fonctionnelle.

---

6. Émergence de la démocratie sanitaire

6.1. Définition progressive d'un nouveau concept

À partir de la fin du XXe siècle, apparaît le concept de "démocratie sanitaire", désignant :

- participation des patients aux décisions de santé publique
- implication des associations d'usagers
- transparence des politiques de santé

Il s'agit d'un élargissement du champ démocratique vers les institutions de soin.

6.2. Dispositifs participatifs

On observe la mise en place de :

- conférences de citoyens
- comités de patients
- agences de santé avec représentation des usagers
- consultation publique des politiques sanitaires

Ces dispositifs introduisent une logique de **co-construction des politiques de santé**.

---

7. Limites structurelles de la démocratisation

7.1. Persistance de l'asymétrie épistémique

Malgré ces évolutions, le système médical conserve une forte asymétrie :

- complexité technique croissante
- spécialisation extrême
- dépendance aux infrastructures technologiques

Le patient reste largement dépendant du savoir médical expert.

7.2. Inégalités sociales de santé

Les inégalités persistent sous des formes nouvelles :

- accès différencié aux soins spécialisés
- disparités socio-économiques de santé
- inégalités globales Nord/Sud

La démocratie sanitaire coexiste donc avec une **stratification persistante de la santé**.

7.3. Tension entre participation et technicisation

Plus le système médical devient technique, plus la participation devient difficile à mettre en œuvre de manière effective. Cela crée une tension structurelle :

> démocratisation procédurale vs complexification épistémique

---

8. Hypothèse centrale du chapitre

> Le XXe siècle introduit une démocratisation réelle de l'accès au soin et une limitation normative du pouvoir médical, mais sans abolition de l'asymétrie épistémique structurelle du système de santé.

Autrement dit, la démocratie sanitaire est une **démocratie institutionnelle partielle**, qui transforme les modalités du pouvoir sans le dissoudre.

---

9. Conclusion : une démocratisation paradoxale

Le XXe siècle ne marque ni une continuité simple du progrès médical ni une rupture totale avec les siècles précédents. Il introduit une configuration paradoxale :

- universalisation de l'accès
- multiplication des droits des patients
- maintien de l'expertise médicale comme centre de décision
- intensification de la biopolitique

La démocratie en santé apparaît ainsi comme une **forme hybride**, située entre extension des droits et persistance des structures de savoir-pouvoir héritées de la modernité médicale.

Cette tension constitue le point de départ des problématiques contemporaines : participation des patients, IA médicale, gouvernance algorithmique et nouvelles formes de biopolitique.

Références bibliographiques (sélection)

- Illich, I. (1975). *Némésis médicale*
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I*
- Foucault, M. (1973). *La naissance de la clinique* (arrière-plan)
- Beauchamp, T. & Childress, J. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*
- Jonas, H. (1979). *The Imperative of Responsibility*
- Canguilhem, G. (1943/1966). *Le normal et le pathologique*
- Rosanvallon, P. (1992). *La démocratie inachevée*
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind*
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*

Chapitre 8 — Époque contemporaine : démocratie sanitaire, transformation numérique et biopolitique algorithmique

1. Introduction : une nouvelle mutation du soin

L'époque contemporaine marque une nouvelle inflexion dans l'histoire longue du soin. Après la rationalisation antique, la moralisation médiévale, la médicalisation moderne et la socialisation étatique du XXe siècle, le début du XXIe siècle introduit une transformation supplémentaire : la **numérisation massive du soin et l'émergence d'une gouvernance algorithmique de la santé**.

Cette mutation ne concerne pas uniquement les outils médicaux, mais la structure même de la décision sanitaire. Les données de santé, les systèmes d'intelligence artificielle et les plateformes numériques reconfigurent profondément les relations entre patients, médecins et institutions.

Ce chapitre analyse cette transformation comme l'émergence d'une **biopolitique computationnelle**, dans laquelle la démocratie sanitaire se trouve simultanément étendue et fragilisée.

---

2. Numérisation de la santé : la donnée comme nouveau support du vivant

2.1. La santé comme production de données

La médecine contemporaine repose de plus en plus sur la production massive de données :

- dossiers médicaux électroniques
- imagerie médicale numérique
- capteurs biométriques (wearables)
- génomique et médecine personnalisée

Le corps devient ainsi un **flux informationnel continu**, traduisible en variables quantifiables.

2.2. De l'expérience du corps à sa modélisation numérique

Cette transformation implique un déplacement majeur :

- le corps vécu devient corps mesuré
- la maladie devient pattern statistique
- le soin devient optimisation prédictive

Selon cette logique, la santé n'est plus seulement un état, mais une **probabilité calculée**.

---

3. Intelligence artificielle et décision médicale

3.1. L'émergence des systèmes d'aide à la décision

Les systèmes d'IA médicale interviennent désormais dans :

- diagnostic assisté
- prédiction de pathologies
- triage hospitalier
- recommandations thérapeutiques

Ils ne remplacent pas toujours le médecin, mais influencent fortement ses décisions.

3.2. Opacité algorithmique et nouvelle asymétrie

Contrairement à l'asymétrie traditionnelle médecin/patient, une nouvelle asymétrie apparaît :

- médecin/patient/algorithme

L'algorithme devient un acteur décisionnel dont la logique est souvent :

- non transparente
- statistique
- dépendante de jeux de données massifs

Cela introduit une **opacité épistémique structurelle** dans la décision médicale.

---

4. Plateformes de santé et reconfiguration institutionnelle

4.1. Plateformisation du soin

Les grandes plateformes numériques de santé introduisent une nouvelle médiation :

- téléconsultation
- prise de rendez-vous algorithmique
- triage automatisé
- suivi à distance

Le soin devient partiellement **désintermédié physiquement mais réintermédié numériquement**.

4.2. Concentration des infrastructures de savoir

Ces plateformes concentrent :

- données des patients
- capacités de calcul
- modèles prédictifs

Cela crée une nouvelle forme de pouvoir sanitaire fondée sur la **centralisation des infrastructures numériques**.

---

5. Transformation du patient : de sujet de droits à profil de données

5.1. Le patient connecté

Le patient contemporain est de plus en plus :

- équipé de capteurs (montres, applications)
- informé en temps réel de ses constantes biologiques
- intégré dans des systèmes de suivi continu

Il devient un **acteur partiellement quantifié de sa propre santé**.

5.2. Déplacement de la subjectivité vers la datafication

Cependant, cette transformation implique une tension :

- subjectivité vécue
- contre représentation numérique du corps

Le patient est simultanément :

- sujet de droits (héritage du XXe siècle)
- profil de données (logique contemporaine)

---

6. Démocratie sanitaire contemporaine : extension et fragilisation

6.1. Extension des dispositifs participatifs

La démocratie sanitaire contemporaine se manifeste par :

- associations de patients très structurées
- participation aux agences de santé
- open data médical
- consultation publique numérique

Ces dispositifs renforcent la **visibilité des usagers dans le système de santé**.

6.2. Limites de la participation numérique

Cependant, la participation est souvent limitée par :

- inégalités numériques
- complexité technique des données
- asymétrie d’expertise algorithmique
- dépendance aux plateformes privées

La démocratie devient alors **procédurale mais techniquement médiée**.

---

7. Biopolitique algorithmique : gouverner par la prédiction

7.1. Du contrôle à la préemption

La biopolitique classique (Foucault) reposait sur la gestion des populations. La biopolitique contemporaine ajoute une dimension nouvelle :

- anticipation des risques individuels
- prévention prédictive
- optimisation comportementale

Le gouvernement de la santé devient **proactif et probabiliste**.

7.2. Normalisation statistique avancée

Les normes de santé ne sont plus seulement sociales ou médicales, mais :

- dérivées de modèles statistiques
- ajustées en continu
- personnalisées algorithmique-ment

La normalité devient une **courbe dynamique individualisée**.

---

8. Tensions structurelles de la démocratie sanitaire contemporaine

8.1. Transparence vs opacité

La démocratie sanitaire repose sur la transparence, mais les systèmes d'IA introduisent :

- opacité des modèles
- complexité des données
- dépendance aux infrastructures privées

8.2. Participation vs automatisation

Plus la décision est automatisée, plus la participation humaine devient :

- symbolique
- consultative
- indirecte

8.3. Égalité d’accès vs inégalités technologiques

L’accès au soin est théoriquement universel, mais les capacités d’accès effectif dépendent de :

- connectivité
- littératie numérique
- infrastructures nationales
- puissance économique

---

9. Hypothèse centrale du chapitre

> La démocratie sanitaire contemporaine s’étend à travers la participation et la numérisation, mais elle est simultanément reconfigurée et fragilisée par l’émergence d’une biopolitique algorithmique fondée sur la prédiction, la datafication et l’opacité des systèmes d’intelligence artificielle.

Autrement dit, la démocratisation du soin ne disparaît pas : elle se **recompose dans un environnement technologique qui redistribue profondément les asymétries de pouvoir et de savoir**.

---

10. Conclusion : vers une démocratie du soin sous contrainte algorithmique

L’époque contemporaine ne marque ni la fin de la démocratie sanitaire ni son accomplissement. Elle inaugure une situation paradoxale :

- extension des droits et de la participation
- intensification des capacités de contrôle et de prédiction
- multiplication des acteurs (patients, médecins, plateformes, algorithmes)
- centralisation des infrastructures de décision

La démocratie du soin devient ainsi une **forme instable, hybride et techniquement médiée**, dont l’avenir dépendra de la capacité des sociétés à gouverner les systèmes algorithmiques eux-mêmes.

Ce chapitre ouvre donc sur une question centrale pour la suite de la thèse : **comment penser une démocratie du soin lorsque la décision médicale est partiellement déplacée vers des systèmes non humains d’optimisation et de prédiction ?**

Références bibliographiques (sélection)

- Zuboff, S. (2019). *The Age of Surveillance Capitalism*
- Topol, E. (2019). *Deep Medicine*
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I*
- van Dijck, J. (2014). *The Culture of Connectivity*
- Lupton, D. (2016). *The Quantified Self*
- Eubanks, V. (2018). *Automating Inequality*
- O’Neil, C. (2016). *Weapons of Math Destruction*
- Jasanoff, S. (2005). *Designs on Nature*
- Porter, T. (1995). *Trust in Numbers*

Conclusion générale — Vers une généalogie critique de la démocratie du soin

1. Rappel du problème général

Cette thèse est partie d'une interrogation simple en apparence, mais conceptuellement instable : peut-on parler de démocratie dans l'histoire du soin, de la médecine et des institutions sanitaires, depuis les sociétés préhistoriques jusqu'aux systèmes contemporains fondés sur l'intelligence artificielle ?

Très vite, cette question a exigé un déplacement méthodologique. La démocratie ne pouvait être considérée uniquement comme une forme institutionnelle de gouvernement, mais devait être analysée comme une **distribution historique des capacités de décision, de savoir et de reconnaissance dans les régimes de soin**.

L'enjeu n'était donc pas de retracer une "progression" du soin vers plus de démocratie, mais de reconstruire une **histoire discontinue, conflictuelle et non téléologique des relations entre vulnérabilité, savoir médical et pouvoir politique**.

---

2. Résultats principaux de la recherche

2.1. Absence de trajectoire linéaire de démocratisation

L'un des résultats centraux de cette enquête est le refus d'une lecture progressiste de l'histoire du soin. À aucun moment on n'observe une continuité simple allant de l'absence de démocratie vers sa réalisation progressive.

Au contraire, l'histoire montre des alternances entre :

- formes diffuses et relationnelles du care (préhistoire)
- rationalisation et spécialisation du savoir médical (Antiquité)
- moralisation religieuse du soin (Moyen Âge)
- objectivation scientifique et disciplinaire (modernité)
- socialisation étatique du soin (XXe siècle)
- datafication algorithmique contemporaine

Chaque transformation introduit des gains (efficacité, universalisation, rationalité), mais aussi de nouvelles formes d'asymétrie.

2.2. Persistance structurelle de l'asymétrie épistémique

Un second résultat majeur est la stabilité d'une structure fondamentale : **l'asymétrie entre savoir médical et expérience du patient**.

- elle apparaît avec la médecine hippocratique
- elle est renforcée par la médecine moderne
- elle est complexifiée par la biopolitique étatique
- elle est opacifiée par les systèmes algorithmiques contemporains

Même lorsque le patient devient juridiquement autonome, cette asymétrie ne disparaît pas : elle se reconfigure sous des formes nouvelles.

2.3. Transformation des régimes de pouvoir sur la vie

L'histoire du soin révèle également une mutation progressive des formes de pouvoir :

- du soin comme survie communautaire (interdépendance diffuse)
- au soin comme savoir spécialisé (médecine antique)
- au soin comme économie morale (christianisme)
- au soin comme discipline (hôpital moderne)
- au soin comme biopolitique (État social)
- au soin comme gouvernement algorithmique (XXIe siècle)

Ce déplacement montre que le soin est devenu un **lieu central de production et d'exercice du pouvoir sur la vie elle-même**.

2.4. Ambivalence constante des processus de rationalisation

Un fil directeur traverse toute cette histoire : chaque gain de rationalité médicale s'accompagne d'une reconfiguration des formes de dépendance.

- la rationalité hippocratique produit l'expertise médicale
- la rationalité clinique produit l'hôpital disciplinaire
- la rationalité statistique produit la biopolitique
- la rationalité algorithmique produit l'opacité prédictive

Ainsi, la rationalisation du soin ne coïncide jamais simplement avec sa démocratisation.

---

3. Proposition théorique : la démocratie du soin comme champ de tensions

Cette thèse conduit à une proposition conceptuelle centrale : il n'existe pas de "démocratie du soin" comme état stable, mais un **champ de tensions structurales** organisé autour de quatre pôles :

1. **Vulnérabilité** (condition anthropologique du soin)
2. **Expertise** (production du savoir médical)
3. **Institution** (organisation sociale du soin)
4. **Technologie** (outils de médiation, aujourd'hui numériques et algorithmiques)

La démocratie sanitaire apparaît alors non comme une forme accomplie, mais comme une **tentative historique de régulation de ces tensions**.

---

4. Contribution critique : déconstruction des évidences modernes

L'un des apports de cette recherche est de remettre en question plusieurs évidences

contemporaines :

- l'idée que le progrès médical implique une démocratisation du soin
- l'idée que l'accès universel garantit l'égalité sanitaire
- l'idée que la participation des patients neutralise les asymétries de savoir
- l'idée que la transparence numérique garantit une meilleure démocratie sanitaire

À l'inverse, la thèse montre que ces transformations s'accompagnent systématiquement de nouvelles formes de médiation, de spécialisation et parfois d'opacité.

---

5. Limites et ouverture critique

Cette recherche comporte plusieurs limites assumées :

- elle privilégie une approche macro-historique au détriment des variations locales
- elle mobilise des reconstructions conceptuelles parfois transversales à des contextes hétérogènes
- elle ne prétend pas épuiser la diversité des expériences médicales et sanitaires

Cependant, cette approche permet de faire apparaître une dynamique d'ensemble souvent invisible dans les histoires sectorielles.

---

6. Ouverture : vers une démocratie du soin sous conditions technologiques

L'époque contemporaine ouvre une nouvelle phase de cette histoire. L'introduction de l'intelligence artificielle, des plateformes de santé et de la médecine prédictive transforme profondément les conditions mêmes de la décision médicale.

La question centrale qui émerge est désormais la suivante :

> Comment penser une démocratie du soin lorsque les décisions médicales sont partiellement produites par des systèmes techniques opaques, distribués et non humains ?

Cette question implique une redéfinition de la démocratie elle-même, non plus uniquement comme participation humaine, mais comme **gouvernance des infrastructures qui organisent la vie biologique et sociale**.

---

7. Conclusion finale : le soin comme laboratoire du politique

Au terme de cette enquête, une hypothèse plus générale peut être formulée : le soin n'est pas un domaine périphérique du politique, mais l'un de ses laboratoires les plus fondamentaux.

C'est dans la gestion de la vulnérabilité, de la maladie et du corps que se déploient certaines des formes les plus décisives du pouvoir moderne et contemporain.

Ainsi, l'histoire de la médecine et des systèmes de santé n'est pas seulement une histoire scientifique ou institutionnelle. Elle constitue une **généalogie des formes de vie politique elles-mêmes**, où se joue en permanence la tension entre :

- autonomie et dépendance
- savoir et expérience
- égalité et expertise
- participation et technicisation

La démocratie du soin apparaît alors non comme une destination, mais comme une **question ouverte, instable et historiquement située**, dont les formes futures dépendront de la manière dont les sociétés choisiront de gouverner les technologies qui organisent désormais la vie elle-même.

Bibliographie

1. Philosophie, pouvoir et histoire de la médecine

- Michel Foucault (1963). *Naissance de la clinique*. Paris : PUF.
- Michel Foucault (1975). *Surveiller et punir.* Paris : Gallimard.
- Michel Foucault (1976). *Histoire de la sexualité, tome I : La volonté de savoir.* Paris : Gallimard.
- Georges Canguilhem (1966). *Le Normal et le Pathologique*. Paris : PUF.
- Roy Porter (1997). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity.*
- Erwin H. Ackerknecht (1982). *A Short History of Medicine*.
- George Rosen (1958). *A History of Public Health*.

2. Anthropologie du care et sociétés préhistoriques

- Tim Ingold (2000). *The Perception of the Environment*.
- Marshall Sahlins (1972). *Stone Age Economics*.
- Nurit Bird-David (1990). « The Giving Environment ».
- Marilyn Strathern (1988). *The Gender of the Gift*.
- Eduardo Viveiros de Castro (1998). « Cosmological Deixis and Amerindian Perspectivism ».
- Philippe Descola (2005). *Par-delà nature et culture*.
- Bruno Latour (2004). *Politiques de la nature*.
- David Lewis-Williams (2002). *The Mind in the Cave*.
- Lawrence Keeley (1996). *War Before Civilization*.
- Erik Trinkaus (2007). *Neandertal Limb Proportions and the Shanidar 1 Skeleton*.
- Steven E. Churchill (1998). Travaux sur la paléopathologie.
- Sheila Pfeiffer (1984). *The Archaeology of Disability and Care*.

3. Médecine grecque et antique

- Hippocrate. *Corpus hippocratique*.
- Jacques Jouanna (1999). *Hippocrate*.
- Vivian Nutton (2004). *Ancient Medicine*.
- Geoffrey E. R. Lloyd (1979). *Magic, Reason and Experience*.
- Owsei Temkin (1991). *Hippocrates in a World of Pagans and Christians*.
- Heinrich von Staden (1989). *Herophilus: The Art of Medicine in Early Alexandria*.
- Mirko D. Grmek (1983). *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*.
- Rebecca Flemming (2000). *Medicine and the Making of Roman Women*.
- John Scarborough (1969). *Roman Medicine*.

- Kyle Harper (2016). *The Fate of Rome*.

4. Moyen Âge, charité et institutions hospitalières

- Michel Mollat (1986). *The Poor in the Middle Ages*.
- Jacques Le Goff (1984). *The Birth of Purgatory.*
- Carole Rawcliffe (1995). *Medicine and Society in Later Medieval England*.
- Gerd Althoff. Travaux sur l'hospitalité médiévale.
- Bronislaw Geremek (1994). *Poverty: A History.*
- Eamon Duffy (1992). *The Stripping of the Altars*.
- Caroline Walker Bynum (1987). *Holy Feast and Holy Fast*.

5. Renaissance et médecine moderne

- Andreas Vesalius (1543). *De humani corporis fabrica*.
- Thomas Sydenham. Écrits cliniques du XVIIe siècle.
- Andrew Wear (1995). *Knowledge and Practice in English Medicine*.
- Rudolf Virchow. Travaux sur la médecine cellulaire.

6. Bioéthique, démocratie sanitaire et État social

- Tom L. Beauchamp & James F. Childress (1979). *Principles of Biomedical Ethics*.
- Hans Jonas (1979). *The Imperative of Responsibility.*
- Paul Ricœur. Travaux sur l'éthique de la responsabilité.
- Ivan Illich (1975). *Némésis médicale*.
- Eliot Freidson (1970). *Profession of Medicine*.
- Pierre Rosanvallon (1992). *La démocratie inachevée*.
- Carole Pateman (1970). *Participation and Democratic Theory.*
- Jürgen Habermas. *Théorie de l'agir communicationnel* et travaux sur la démocratie délibérative.

7. Éthique du care

- Carol Gilligan (1982). *In a Different Voice*.
- Joan Tronto (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*.
- Nel Noddings (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*.

8. Numérique, intelligence artificielle et biopolitique contemporaine

- Shoshana Zuboff (2019). *The Age of Surveillance Capitalism*.
- Eric Topol (2019). *Deep Medicine*.
- José van Dijck (2013/2014). *The Culture of Connectivity.*

- Deborah Lupton (2016). *The Quantified Self*.
- Virginia Eubanks (2018). *Automating Inequality*.
- Cathy O'Neil (2016). *Weapons of Math Destruction*.
- Sheila Jasanoff (2005). *Designs on Nature*.
- Theodore M. Porter (1995). *Trust in Numbers*.

Les auteurs les plus structurants de l’essai

Si l'on devait dégager les auteurs qui constituent l'ossature intellectuelle de l'ensemble de la thèse, il s'agirait principalement de :

1. Michel Foucault (biopolitique, pouvoir médical, clinique)
2. Georges Canguilhem (normativité du vivant)
3. Jürgen Habermas (démocratie délibérative)
4. Joan Tronto et Carol Gilligan (éthique du care)
5. Tim Ingold, Marshall Sahlins et Nurit Bird-David (anthropologie relationnelle)
6. Ivan Illich (critique de la médicalisation)
7. Shoshana Zuboff et Eric Topol (numérisation et IA en santé).

Cette bibliographie représente le socle théorique principal sur lequel repose l'argumentation de l'essai.

Sommaire

Thèse générale

L’essai soutient que la démocratie ne doit pas être comprise uniquement comme un régime politique, mais aussi comme une manière de répartir le pouvoir de décider, de reconnaître et de participer dans les pratiques de soin. À travers une enquête historique de longue durée, il montre que l’histoire du soin est traversée par une tension permanente entre expertise, pouvoir et participation.

Introduction générale

L’auteur propose une « généalogie de la démocratie du soin » en étudiant la manière dont les sociétés ont organisé la vulnérabilité humaine, distribué le pouvoir médical et reconnu — ou non — la participation des personnes soignées. Il mobilise l’histoire de la médecine, la philosophie politique, l’anthropologie du care et la sociologie de la santé.

Hypothèses centrales

1. La démocratie sanitaire ne progresse pas de façon linéaire.
2. Une démocratie politique ne produit pas automatiquement une démocratie du soin.
3. L’asymétrie de savoir entre médecin et patient demeure structurelle.
4. La modernité transforme progressivement le soin en instrument de gouvernement des populations.
5. Le care constitue une matrice anthropologique fondamentale des sociétés humaines.

Partie I – Les origines anthropologiques du soin

Chapitre 1 : Soin et vulnérabilité dans les sociétés préhistoriques

L’analyse des données archéologiques (Shanidar, fractures consolidées, pathologies chroniques) suggère l’existence de pratiques collectives de prise en charge de la vulnérabilité.

Idée principale

Les sociétés préhistoriques ne sont pas démocratiques au sens politique, mais elles reposent sur une **matrice anthropologique du care** fondée sur l’interdépendance et la solidarité.

Chapitre 2 : Anthropologie du care et structures relationnelles

À partir des travaux de Sahlins, Ingold, Bird-David et Strathern, le soin est présenté comme une infrastructure relationnelle fondamentale.

Idée principale

Le care précède les institutions politiques et organise les relations sociales autour de la dépendance et de la réciprocité. Il constitue une condition de possibilité lointaine de la démocratie, sans être lui-même démocratique.

Partie II – Antiquité : naissance de l'expertise médicale

Chapitre 3 : Médecine hippocratique et rationalisation du corps

L'émergence de la médecine hippocratique marque le passage du soin communautaire à un savoir spécialisé fondé sur l'observation et l'interprétation.

Idée principale

La médecine devient une expertise autonome, créant une asymétrie durable entre médecin et patient. La rationalisation du savoir médical ne s'accompagne pas d'une démocratisation du soin.

Chapitre 4 : Citoyenneté, exclusion et accès au soin dans la Grèce et Rome antiques

L'auteur examine comment les sociétés antiques distribuent inégalement les ressources médicales selon le statut social, la richesse et la citoyenneté.

Idée principale

La démocratie grecque et l'administration romaine n'aboutissent pas à une justice sanitaire. L'Antiquité institue une dissociation durable entre égalité politique et égalité d'accès aux soins.

Partie III – Moyen Âge : le soin comme charité

Chapitre 5 : Hôpitaux monastiques et soin médiéval caritatif

Le soin est réorganisé autour de la charité chrétienne et de l'économie du salut.

Idée principale

L'hôpital médiéval institutionnalise l'assistance aux vulnérables mais selon une logique verticale : le malade devient objet de compassion et instrument du salut du soignant. Il n'existe aucune forme de participation démocratique du patient.

Partie IV – Modernité médicale et biopolitique

Chapitre 6 : Renaissance et naissance de la médecine moderne

La Renaissance, puis les XVIIIe-XIXe siècles, voient émerger l'anatomie, la clinique, la classification des maladies et l'hôpital scientifique.

Idée principale

La médecine gagne en efficacité et en rationalité, mais renforce simultanément le pouvoir médical. L'hôpital devient un lieu de production de savoir, de surveillance et de normalisation des corps.

Partie V – XXe siècle : démocratisation et limites

Chapitre 7 : État social et démocratie sanitaire

L'apparition des systèmes de protection sociale transforme l'accès au soin en droit collectif.

Principaux apports

- Universalisation progressive de l'accès aux soins.
- Développement des hôpitaux publics.
- Reconnaissance juridique des patients.
- Apparition du consentement éclairé.
- Développement de la bioéthique et de la participation des usagers.

Limite fondamentale

La démocratisation reste incomplète : les inégalités sociales et l'asymétrie de savoir persistent malgré les nouveaux droits reconnus aux patients.

Partie VI – Époque contemporaine : santé numérique et intelligence artificielle

L'essai analyse ensuite les transformations récentes liées :

- à la numérisation des systèmes de santé ;
- à l'exploitation massive des données médicales ;
- aux algorithmes de décision ;
- à l'intelligence artificielle médicale.

Idée principale

Les technologies numériques ouvrent de nouvelles possibilités de participation et d'accès à l'information, mais elles créent également une nouvelle forme de pouvoir : la **biopolitique**

algorithmique, caractérisée par l'opacité des systèmes et la concentration du contrôle des données.

Conclusion générale

L'essai rejette toute vision linéaire du progrès démocratique en santé. Chaque avancée historique — médecine scientifique, hôpital moderne, État social, technologies numériques — améliore certains aspects du soin mais produit également de nouvelles asymétries de pouvoir.

La démocratie du soin apparaît ainsi comme un **horizon critique inachevé**, constamment traversé par quatre tensions :

- expertise ↔ participation ;
- savoir médical ↔ expérience vécue ;
- protection ↔ autonomie ;
- gouvernement des populations ↔ reconnaissance des individus.

En une phrase : l'ouvrage montre que l'histoire du soin est moins celle d'une démocratisation continue que celle d'une succession de formes de pouvoir qui reconfigurent sans cesse la place du patient, du soignant et des institutions.

Résumé de l’essai

Cet essai propose une histoire philosophique et politique du soin à travers les âges afin de comprendre dans quelle mesure il est possible de parler d’une « démocratie du soin ». L’auteur défend l’idée que la démocratie ne doit pas être envisagée uniquement comme un régime politique, mais comme une manière de distribuer les capacités de décision, de reconnaissance et de participation dans les relations de soin.

L’étude débute par les sociétés préhistoriques, où les données archéologiques révèlent l’existence de pratiques collectives de prise en charge des individus vulnérables. Bien qu’il soit impossible d’y voir une démocratie au sens strict, ces formes d’entraide témoignent d’une structure fondamentale d’interdépendance, qualifiée de « matrice anthropologique du care ».

L’Antiquité marque une rupture majeure avec l’apparition de la médecine hippocratique. Le soin devient progressivement un savoir spécialisé fondé sur l’observation et l’expertise. Cette évolution permet une meilleure compréhension du corps, mais elle crée également une asymétrie durable entre le médecin, détenteur du savoir, et le patient, détenteur d’une expérience vécue souvent peu reconnue. Dans les sociétés grecques et romaines, cette rationalisation médicale ne s’accompagne pas d’une démocratisation du soin, qui demeure réservé de manière inégale selon le statut social, la richesse ou la citoyenneté.

Au Moyen Âge, le soin est réorganisé autour de la charité chrétienne. Les hôpitaux monastiques accueillent pauvres, malades et pèlerins dans une logique de salut spirituel. La relation de soin repose alors sur une forte asymétrie morale : le malade est à la fois bénéficiaire d’assistance et moyen de salut pour celui qui soigne. Le soin devient une pratique religieuse plutôt qu’un droit ou un espace de participation.

La Renaissance et l’époque moderne voient émerger la médecine scientifique et l’hôpital clinique. L’anatomie, l’observation systématique et la classification des maladies transforment profondément le rapport au corps. L’hôpital devient un lieu de production de savoir et de surveillance des corps. Cette modernisation améliore considérablement l’efficacité des soins mais renforce également le pouvoir médical et l’objectivation du patient.

Le XXe siècle constitue une étape décisive avec la création des États sociaux, l’universalisation progressive de l’accès aux soins et l’émergence des droits des patients. La bioéthique, le consentement éclairé et la participation des usagers introduisent les premières formes de démocratie sanitaire. Toutefois, cette démocratisation reste incomplète car les asymétries de savoir et les inégalités sociales persistent.

Enfin, l’époque contemporaine est marquée par la numérisation de la santé, l’intelligence artificielle et l’exploitation massive des données médicales. Ces innovations offrent de nouvelles possibilités de participation et de personnalisation des soins, mais elles créent également de nouvelles formes de dépendance et d’opacité. L’auteur parle alors de « biopolitique algorithmique », où les décisions de santé sont de plus en plus influencées par des systèmes numériques dont les mécanismes échappent souvent aux patients comme aux professionnels.

La thèse principale de l’essai est qu’il n’existe pas de progression linéaire vers une démocratie du soin. Chaque période historique produit à la fois des avancées dans la prise en charge de la vulnérabilité et de nouvelles formes d’asymétrie entre savoir, pouvoir et participation. La démocratie sanitaire apparaît ainsi comme un projet toujours inachevé, confronté à la tension permanente entre expertise médicale, autonomie des patients et gouvernance des vies humaines.